

**Foyer d’Accueil Médicalisé (FAM) Dispositif FaciliTED**

103 rue François Mériaux

59150 WATTRELOS

03 59 61 35 65

c

**DOSSIER DE PRÉADMISSION**

****

**Liste des pièces à fournir**

⭲ Copie de l’attestation de sécurité sociale

⭲ Copie de la carte de mutuelle, si vous avez une mutuelle

⭲ Copie de l’attestation de CMU, si vous êtes bénéficiaire de la CMU

⭲ Copie de la notification MDPH

⭲ Copie du jugement de protection juridique, si vous bénéficiez d’une mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice ou habilitation familiale).

Si la personne pour qui cette demande est déposée a déjà séjourné dans un autre établissement, merci de joindre le dernier projet personnalisé d’accompagnement ou toute note (éducative ou psychologique) ou bilan que vous pourriez nous communiquer.

**Si vous disposez d’un certificat médical réalisé pour la MDPH datant de moins de 6 mois, merci de nous en fournir une photocopie ; il sera alors inutile de compléter la fiche médicale**.

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

**ETAT CIVIL**

Nom de naissance

Si marié(e), nom d’époux ou d’épouse

Prénom(s)

Date de naissance

Ville de naissance Pays de naissance

Nationalité

Situation familiale *(marié(e), divorcé(e), etc.)*

**SITUATION ACTUELLE**

□ Domicile seul ou en couple

□ Domicile avec un membre de la famille (parents, frère ou sœur, …)

□ Etablissement *(préciser lequel)*

□ Hôpital *(préciser dans quel service)*

□ Famille d’accueil

□ Autre situation *(préciser laquelle)*

🏠 Adresse actuelle

⚫ Numéro de téléphone fixe  | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

⚫ Numéro de téléphone portable | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

⚫ Adresse mail

**PROTECTION JURIDIQUE**

La personne est-elle sous mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, habilitation familiale, sauvegarde de justice) ?

□ Oui

□ Non

□ Demande en cours

⮩ Si demande en cours, date à laquelle la demande a été déposée

Type de mesure (tutelle, curatelle, habilitation familiale, sauvegarde de justice)

Nom et coordonnées du représentant légal (tuteur ou curateur) ou des représentants s’il y en a deux (s’il y a une tutelle aux biens et une tutelle à la personne)

**FAMILLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PARENTS | Nom | Prénom | Date de naissance |
| Le père |  |  |  |
| La mère  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FRERES ET SOEURS | Nom | Prénom | Date de naissance |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EPOUX OU EPOUSE | Nom | Prénom | Date de naissance |
|  |  |  |  |

Adresse

N° de téléphone | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

Mail

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENFANTS | Nom | Prénom | Date de naissance |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nom et coordonnées *(adresse, numéro de téléphone, mail)* d’un membre de la famille que nous pouvons contacter si besoin

**ELEMENTS ADMINISTRATIFS**

Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ |

Avez-vous une mutuelle □ Oui □ Non

Merci de préciser dans le tableau ci-dessous les prestations et notifications données par la MDPH :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESTATIONS | Date de début de validité | Date de fin de validité |
| AEEH (Allocation d’Education Enfant Handicapé) |  |  |
| AAH (Allocation Adulte Handicapé) |  |  |
| Carte d’invalidité |  |  |
| Carte de stationnement |  |  |
| PCH (Prestation de Compensation du Handicap) |  |  |
| ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne) |  |  |
| Orientation MAS accueil temporaire |  |  |
| Orientation MAS accueil de jour |  |  |
| Orientation MAS accueil permanent |  |  |
| Orientation FAM accueil temporaire |  |  |
| Orientation FAM accueil de jour |  |  |
| Orientation FAM accueil permanent |  |  |

Merci de préciser si vous avez d’autres prestations données par d’autres organismes :

Pension d’invalidité □ Oui □ Non

Pension d’orphelin □ Oui □ Non

Pension de réversion □ Oui □ Non

Retraite □ Oui □ Non

**PARCOURS ET PROJET**

**1 – PARCOURS DE LA PERSONNE**

|  |  |
| --- | --- |
| PARCOURS SCOLAIRE |  |
| Dernière classe fréquentée | Lieu | Année |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PARCOURS PROFESSIONNEL |  |
| Métier exercé | Année de fin d’activité |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PARCOURS INSTITUTIONNEL |  |
| La personne a-t-elle fréquenté d’autres établissements ou services ? ⮩ *Si oui, lesquels ?* | □ Oui □ Non |
| Nom de l’établissement | Adresse | Type d’accueil | Dates  |
|  |  | □ Hébergement permanent □ Accueil Temporaire en hébergement□ Accueil de jour□ Accueil Temporaire de jour□ Autre, *précisez*……………….…………………………………………… |  |
|  |  | □ Hébergement permanent □ Accueil Temporaire en hébergement□ Accueil de jour□ Accueil Temporaire de jour□ Autre, *précisez*……………….…………………………………………… |  |
|  |  | □ Hébergement permanent □ Accueil Temporaire en hébergement□ Accueil de jour□ Accueil Temporaire de jour□ Autre, *précisez*……………….…………………………………………… |  |

⚫ Autres précisions que vous aimeriez nous donner

**2 – TYPE D’ACCUEIL SOUHAITE**

*Merci de compléter le tableau ci-dessous en indiquant vos choix par ordre de préférence. 1 est le mode d’accueil que vous souhaitez le plus.*

***Attention, tous les établissements ne proposent pas d’accueil de jour ou d’accueil temporaire. Il faudra le vérifier avec l’équipe de chaque établissement dans lequel vous déposez une demande.***

□ Hébergement permanent

□ Accueil temporaire en hébergement

⮩ Si oui, préférez-vous des périodes en particulier ? □ Oui □ Non

*Si oui, merci d’indiquer ces périodes :*

□ Accueil de jour

⮩ Si oui, préférez-vous des jours en particulier ? □ Oui □ Non

*Si oui, merci d’indiquer ces jours :*

□ Accueil temporaire de jour

⮩ Si oui, préférez-vous des périodes en particulier ? □ Oui □ Non

*Si oui, merci d’indiquer ces périodes :*

□ Autre *(préciser)*

⚫ Avez-vous demandé une admission dans d’autres établissements ? □ Oui □ Non

*Si oui, lesquels ?*

⚫ Votre demande d’admission vous parait-elle urgente ? □ Oui □ Non

*Si oui, pour quelles raisons ?*

**3 – ORIGINE DE LA DEMANDE**

⚫ La personne est-elle, elle-même, à l’origine de cette demande ? □ Oui □ Non

Si non*,* qui dépose cette demande pour elle (merci de préciser le lien de parenté ou de relation avec la personne) ?

⭢ La personne a-t-elle été informée de la demande d’admission ? □ Oui □ Non

⭢ La personne est-elle consentante à la demande d’admission ? □ Oui □ Non

⭢ Le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli ? □ Oui □ Non

Commentaires éventuels

⚫ La famille est-elle informée de la demande ? □ Oui □ Non

⚫ Quelles sont les personnes que nous pouvons contacter si nous avons besoin d’autres informations (membre de la famille, référent professionnel, etc.) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Coordonnées | Lien avec la personne |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

⚫ En quelques lignes, précisez pourquoi vous faites cette demande d’admission

⚫ Quel est le projet de la personne (quels sont ses besoins, ses attentes) ?

**HABITUDES DE VIE ET BESOINS D’ACCOMPAGNEMENT**

Nom et prénom

**1 – COMMUNICATION**

* La personne peut-elle *(vous pouvez cocher plusieurs cases)* :

□ Parler couramment *(préciser en quelle langue)*

□ Faire des phrases courtes

□ Utiliser des mots

□ Utiliser un langage non verbal (cris, mimiques, gestes, …)

□ Utiliser des codes ou outils de communication (pictogramme, code, tablette, commande oculaire, etc.). Si oui, quels sont ses codes et outils de communication ?

* La personne peut-elle comprendre *(vous pouvez cocher plusieurs cases)* :

□ Une conversation

□ Des phrases courtes

□ Des mots

□ Des codes et outils de communication. Si oui, quels codes et outils de communication peut-elle comprendre ?

* Peut-elle exprimer des choix ? □ Oui □ Non

Si oui, comment ?

* Peut-elle répondre à « oui » ou « non » ? □ Oui □ Non

 Si oui, comment ?

Autres précisions que vous aimeriez apporter

**2 – VIE SOCIALE**

⚫ La personne a-t-elle des relations régulières avec :

□ Sa famille □ Ses proches (amis, etc.)

⮩ *Précisez*

⚫ Est-elle plutôt :

□ Sociable, elle aime être avec d’autres personnes

□ En recherche de contact avec d’autres personnes

□ En retrait, elle évite d’être avec d’autres personnes

⚫ A-t-elle déjà vécu en collectivité ?

□ Oui □ Non

⚫ Accepte-t-elle de vivre en collectivité ?

□ Oui □ Non □ Ne sait pas

⮩ *Précisez*

⚫ Peut-elle comprendre et accepter des règles de vie quotidienne ?

□ Oui □ Non

⚫ Accepte-t-elle l’aide d’une tierce personne ?

□ Oui □ Non

⚫ Autres précisions que vous aimeriez apporter

**3 – PARTICULARITES SENSORIELLES**

⚫ La personne présente-t-elle des particularités sur le plan sensoriel (hyperacousie, forte sensibilité visuelle, difficulté à supporter le contact physique, etc.)

⚫ A-t-elle besoin d’adaptations particulières (casque anti-bruit, salle d’hypo stimulation sensorielle, aménagement de chambre, etc.)

⚫ Peut-elle exprimer quand elle ressent une douleur ? □ Oui □ Non

⮩ *Si oui, comment le fait-elle ?*

* **4 – COMPORTEMENT HABITUEL**

⚫ La personne a-t-elle des troubles du comportement ?

⮩ *Précisez*

⚫ Est-elle capable de comprendre le danger, les situations à risque ?

□ Oui □ Non

⚫ A-t-elle des besoins particuliers ou voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention (risque de sortir et de se perdre, agressivité, …) ?

⚫ En quelques lignes, pouvez-vous décrire le caractère habituel de la personne ?

**5 – REPERES DANS LE TEMPS ET DANS L’ESPACE**

⚫ La personne peut-elle se repérer dans le temps (repérer le jour, l’heure, le moment de la journée, etc.) ?

□ Oui □ Non □ Un peu

⮩ *Précisez*

⚫ Peut-elle se repérer dans un environnement qu’elle connait (trouver sa chambre, etc.) ?

□ Oui □ Non □ Un peu

⮩ *Précisez*

⚫ Peut-elle se déplacer seule à l’extérieur sans danger et sans aide ?

□ Oui □ Non

⮩ *Si non, précisez quel type d’aide il lui faut*

⚫ Peut-elle utiliser les moyens de transports (train, bus, métro) ?

□ Oui □ Non

⮩ *Si oui, précisez quel transport est le mieux pour elle*

**6 – CENTRES D’INTERÊT – LOISIRS - ACTIVITES**

⚫ Quels sont ses centres d’intérêt, ses loisirs préférés ? Qu’est-ce qu’elle aime faire ?

⚫ Combien de temps peut-elle d’habitude rester sur une même activité (pour des raisons de fatigue, de concentration) ?

⚫ Les contacts avec des animaux sont-ils possibles ? □ Oui □ Non

⮩ *Précisez*

**7 – TRANSFERTS**

⚫ La personne peut-elle

□ S’asseoir seule □ Se tenir assise seule □ Se tenir assise sans dossier

⚫ Peut-elle se tenir debout sans aide ?

□ Oui □ Non

⚫ Peut-elle assurer seule les transferts (peut-elle aller d’un fauteuil sur une chaise, ou d’un fauteuil à un lit) ?

□ Oui

□ Non ⮩ *Si non, précisez si elle peut :*

○ Avec l’aide de quelqu’un

○ Avec un lève-personne

○ Autre (lui donner un appui, la guider en lui expliquant, etc.), *précisez*

**8 – LE SOMMEIL**

⚫ La personne a-t-elle habituellement un bon sommeil ? □ Oui □ Non

⚫ A-t-elle des difficultés à s’endormir ? □ Oui □ Non

⚫ A-t-elle des troubles importants du sommeil (difficultés à rester endormie) ?

□ Oui □ Non

⚫ A-t-elle besoin, pour dormir :

□ De barrières au lit

□ D’un lève-draps (arceau)

□ D’un matelas anti-escarre

□ D’une autre installation, *si oui* *précisez laquelle*

⚫ A-t-elle l’habitude de dormir seule ? □ Oui □ Non

⚫ Décide-t-elle seule de l’heure à laquelle elle se lève ou elle se couche ? □ Oui □ Non

⚫ A-t-elle l’habitude de faire une sieste ? □ Oui □ Non

⚫ Accepterait-elle d’avoir une chambre double ? □ Oui □ Non

⚫ Par rapport à son sommeil, la personne a-t-elle des besoins particuliers, voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention (garder une lumière allumée, garder un objet près du lit, etc.) ?

**9 – L’ALIMENTATION ET L’HYDRATATION**

|  |  |
| --- | --- |
| La personne peut-elle manger : | La personne peut-elle boire : |
|  □ Seule□ Avec aides techniques ou matériel adapté*Précisez lesquels :* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………□ Avec l’aide de quelqu’un pour certaines choses (*Précisez s’il faut la guider, la stimuler, etc.) :* ………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………□ Avec l’aide de quelqu’un pour tout |  □ Seule□ Avec aides techniques ou matériel adapté*Précisez lesquels :* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………□ Avec l’aide de quelqu’un pour certaines choses (*Précisez s’il faut la guider, la stimuler, etc.) :* ………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………□ Avec l’aide de quelqu’un pour tout |

⚫ A-t-elle un régime alimentaire particulier ? □ Oui □ Non

⮩ *Si oui, précisez*

⚫ A-t-elle des allergies alimentaires ? □ Oui □ Non

⮩ *Si oui, précisez*

⚫ A-t-elle des troubles particuliers (boulimie, mérycisme, pica, inappétence, anorexie, potomanie, etc.) ? □ Oui □ Non

⮩ *Si oui, précisez lesquels*

⚫ A-t-elle tendance à faire des « fausses routes » (à avaler de travers) ? □ Oui □ Non

⚫ Pour manger ou pour boire, la personne a-t-elle des besoins particuliers, voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention ?

**10 – TOILETTE – SOINS DU CORPS - HABILLAGE**

⚫ La personne peut-elle se laver seule ? □ Oui □ Non

 A-t-elle besoin  □ D’une aide pour certaines choses □ D’une aide pour tout

⮩ *Précisez*

⚫ Peut-elle s’habiller ou se déshabiller seule ? □ Oui □ Non

 A-t-elle besoin  □ D’une aide pour certaines choses □ D’une aide pour tout

⮩ *Précisez*

⚫ Pour la toilette, l’habillage ou le déshabillage, la personne a-t-elle des besoins particuliers, voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention ?

**11 – ELIMINATION**

⚫ La personne est-elle continente ? □ Oui □ Non

⮩ *Précisez si c’est tout le temps ou plutôt le jour ou la nuit, si elle a besoin de matériel comme des protections, etc.)*

**FICHE MEDICALE**

Nom et prénom

*A faire compléter par votre médecin traitant et à nous retourner sous pli confidentiel à l’attention du médecin de l’établissement.*

*Ce document est le même que le certificat médical demandé par la MDPH.* ***Si vous avez un certificat médical fait pour la MDPH de moins de 6 mois, merci de nous en donner une photocopie ;******il sera alors inutile de compléter cette fiche****.*

**1 – PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE**

⚫ Pathologie motivant la demande

⚫ Autres pathologies éventuelles

⚫ Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité, etc.)

**2 – HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE**

⚫ Origine, circonstances d’apparition : □ Congénitale □ Maladie □ Accident

⚫ Date d’apparition :

□ A la naissance □ Depuis moins d’un an □ Depuis 1 à 5 ans □ Depuis plus de 5 ans

⚫ Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux, en rapport avec le handicap

**3 – DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE**

kg

cm

 **Poids** : **Taille** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Description des signes cliniques invalidants et fréquence : | Permanents | Réguliers> 15j / mois | Ponctuels<15 j / mois |
|  |  |  |  |

⚫ Précisions

⚫ Perspectives d’évolution globale :

□ Stabilité

□ Incapacité fluctuante

□ Amélioration

⮩ *Préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles*

□ Aggravation

□ Evolutivité majeure

□ Non définie

**4 – DEFICIENCES SENSORIELLES**

*En cas de* ***déficience auditive*** *avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL.*

Observations

*En cas de* ***déficience visuelle*** *avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan visuel rempli par un ophtalmologiste.*

Observations

**5 – TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES**

⚫ **Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.**

*Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée.*

⮩ Classes thérapeutiques ou nom des médicaments

⮩ Effets secondaires du traitement

⚫ **Autres contraintes si connues** (modalités d’administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale, …)

⚫ **Autre prise en charge concernant les soins**

⮩ Suivi médical spécialisé *(précisez fréquence)*

□ Psychiatre

□ Neurologue

□ Médecine physique

□ Autre, *précisez*

⮩ Soins ou traitements nocturnes *(précisez nature et fréquence)*

⮩ Précisions

⮩ Prise en charge sanitaire régulière *(précisez fréquence)*

□ Ergothérapeute

□ Infirmière

□ Kinésithérapeute

□ Orthophoniste

□ Orthoptiste

□ Psychologue

□ Psychomotricien(ne)

□ Autre, *précisez*

⮩ Suivis pluridisciplinaires *(précisez fréquence)*

□ CMP (Centre médico-psychologique)

□ CATTP (Centre d’activité thérapeutique à temps partiel)

□ Hôpital de jour

□ Autre, *précisez*

⚫ **Type d’appareillage**

|  |
| --- |
| Corrections auditives |
|  | □ Unilatérale  | □ Bilatérale  | □ Appareillage  | □ Implant  |
| Aide à la mobilité |
|  | □ Déambulateur  | □ Canne |
|  | □ Orthèse, prothèse *(préciser) ……………………………………………………………………………* |
|  | □ Fauteuil roulant manuel | □ Fauteuil roulant électrique |
|  | □ Autre (scooter…) *(préciser) ……………………………………………………………………………* |
| Appareillage visuel |
|  | □ Télé-agrandisseur  | □ Terminal - braille |
|  | □ Logiciel basse vision | □ Loupe |
|  | □ Logiciel de synthèse vocale  |  |
| Alimentation/élimination |
|  | □ Gastro ou jéjunostomie d’alimentation |
|  | □ Stomie digestive d’élimination  |  |
|  | □ Sonde urinaire | □ Stomie urinaire |
| Aides respiratoires |
|  | □ Trachéotomie  | □ O2  |
|  | □ Appareil de ventilation *(préciser) ……………………………………………………………………* |
| Aide à la parole |
|  | □ Prothèse phonatoire  |  |
| Autre appareillage |
|  |  |

Précisions (type, adaptation, circonstances d’utilisation, autonomie de la personne à l’utiliser,

compliance)

**6 – RETENTISSEMENT FONCTIONNEL**

⚫ **Modalités d’utilisation des aides techniques**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fréquence d’utilisation |
| Cannes  | □ En intérieur  | □ En extérieur |  |
| Déambulateur  | □ En intérieur | □ En extérieur |  |
| Fauteuil roulant manuel | □ En intérieur | □ En extérieur |  |
| Fauteuil roulant électrique | □ En intérieur | □ En extérieur |  |
| Ralentissement moteur … □ oui □ non  |  Besoin de pauses … □ oui □ non  |
| Besoin d’accompagnement pour les déplacements extérieurs … □ oui □ non  |

**7 – REMARQUES OU OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES SI BESOIN**

**8 – COORDONNEES ET SIGNATURES**

Docteur

⮩ Médecin traitant … □ oui □ non

Adresse postale

Tél.

Mail

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le

Fait à

Signature

Vos données sont confidentielles et ne sont destinées qu’au seul personnel interne habilité par la Direction de l’établissement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant et, le cas échéant, les faire rectifier, ou demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, comme pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, merci de bien vouloir prendre rendez-vous avec la Direction de l’établissement.